

## “Ti liberi dei cadaveri che abbiamo dentro di noi”: la psicoterapia psicodrammatica e il tema della morte nei pazienti oncologici

S. POLI<sup>1</sup>, F. BRUSA<sup>1</sup>, I. FOSSATI<sup>1</sup>, E. VEGNI<sup>1,2</sup>

### RIASSUNTO

La psicoterapia psicodrammatica di gruppo permette di affrontare tematiche di difficile esplorazione come quelle della morte.

Obiettivo del presente lavoro è analizzare lo sviluppo del tema morte durante sessioni di psicoterapia psicodrammatica di gruppo con malati oncologici. A tale scopo, è stata effettuata una valutazione tematica qualitativa di trascritti di 73 sessioni selezionate in modo randomizzato.

Il tema della morte è stato osservato nella maggioranza delle sessioni analizzate (89%), e spesso è stato introdotto spontaneamente dai partecipanti del gruppo (85%).

Dall'analisi sono state individuate quattro aree tematiche: Morte di altri significativi, Immagine della propria morte, Mortalità dell'essere umano e Ruolo della malattia nella rivalutazione della vita/morte.

I dati ottenuti dal presente studio qualitativo fanno supporre che il paziente senta un'esigenza a parlare di morte, la quale può rappresentare sia il fine del discorso sia un mezzo di azione terapeutica tramite cui il paziente può accedere ad uno spazio di cambiamento.

PAROLE CHIAVE: psicodramma; morte; oncologia; studio qualitativo; terapia di gruppo.

### SUMMARY

Group psychodramatic psychotherapy is suitable to address difficult-to-explore issues such as death.

The aim of this paper is to explore how the theme of death emerges during group sessions of psychodramatic psychotherapy with cancer patients. To this end, 73 randomly selected sessions' transcripts were analyzed within inductive thematic analysis approach.

The theme of death was addressed in most of the sessions (89%); death was most of the times spontaneously introduced by the group participants (85%).

Four themes related to death were identified: the Death of significant others, the Image of one's own death, the Mortality of the human being and the Role of the disease in the redefinition of life/death.

Data from this qualitative study suggested that cancer patients need to talk about death. Death could represent not only the content of the discourse but also a therapeutic mean able to foster a change.

KEY WORDS: psychodrama; death; oncology; qualitative study; group therapy.

### Introduzione

L'intervento psicologico a supporto dei pazienti oncologici è ormai riconosciuto come essenziale, soprattutto nell'ottica di una presa in carico complessiva della persona (1). Infatti, nonostante la diagnosi e il trattamento precoce abbiano permesso un aumento dei tassi di sopravvivenza (2-4), e in più della metà dei casi i pazienti vengano trattati con successo, trovandosi in uno stato di remissione (5), i malati onco-

logici spesso sperimentano una sofferenza legata alla patologia che insorge e persiste al di là dell'efficacia del trattamento (6). La sintomatologia del paziente oncologico non riguarda unicamente la componente fisica, ma coinvolge anche altre aree, quali, quella emotiva, spirituale e interpersonale (7). Ad esempio si riscontra un rischio crescente di sperimentare distress psicologico (8) e di incontrare difficoltà a soddisfare i propri bisogni psico-sociali (9, 10).

La psicoterapia di gruppo è una forma di psicoterapia che, tra i diversi *outcome* positivi, riduce gli effetti psicologici del cancro (11-14). Rispetto agli interventi individuali, essa favorisce il supporto ed il confronto tra gli appartenenti al gruppo (15), permettendo forme di apprendimento vicario e contenendo i

<sup>1</sup> USD Psicologia Clinica, Dipartimento di Scienze della Salute, Università di Milano, Milano

<sup>2</sup> USD Psicologia Clinica, Dipartimento di Scienze della Salute, ASST Santi Paolo e Carlo, Milano

Indirizzo per la corrispondenza:  
Silvia Poli  
E-mail: silvia.poli@guest.unimi.it

costi (6, 16, 17). Inoltre, si è mostrata efficace nel ridurre lo stress psicologico ed il distress associato ai sintomi, come nel caso del dolore, promuovendo anche miglioramenti a livello di qualità di vita e nelle strategie di *coping* (18).

In letteratura, le forme di psicoterapia a carattere grupppale maggiormente citate sono quelle ad orientamento cognitivo-comportamentale (19). Differentemente, gli interventi di gruppo a matrice psicodrammatica sono stati poco approfonditi (20). Tuttavia, la psicoterapia psicodrammatica (21-23) si mostra particolarmente indicata nella comprensione dei vissuti dei pazienti affetti da cancro grazie all'utilizzo di metodi attivi nei quali il corpo è direttamente coinvolto, all'attivazione e all'esercizio dell'espressione emotiva, al mutuo supporto, all'identificazione tra i membri e all'acquisizione di strategie di *coping* adattive (24). In particolare, in un precedente studio qualitativo (25), sono stati analizzati i vissuti soggettivi di pazienti oncologici che hanno partecipato a gruppi di psicoterapia psicodrammatica. Tale studio ha messo in evidenza l'importanza del tema della morte che, nonostante sia di difficile discussione (26-28), è risultato una componente saliente di cui il paziente oncologico ha esperienza in tre diverse forme: morte reale, supposta e dichiarata.

## Obiettivo

Obiettivo del presente lavoro è analizzare come si sviluppa nella terapia di gruppo psicodrammatica con pazienti oncologici il tema della morte. Questo obiettivo verrà perseguito tramite una valutazione tematica di tipo qualitativo (29) dei trascritti *verbatim* delle sessioni, rilevando i diversi significati che il tema della morte può assumere.

## Materiali e metodi

### Partecipanti

I pazienti che hanno preso parte alle sessioni di psicoterapia psicodrammatica hanno usufruito dei gruppi psicoterapeutici offerti dall'Unità Semplice Dipartimentale (USD) di psicologia clinica presso l'Ospedale San Paolo di Milano. Le sessioni analizzate sono derivate da tre gruppi: un primo gruppo iniziato nel 2010, un secondo gruppo iniziato nel 2013 e un terzo gruppo iniziato nel 2017.

Tutte le persone che hanno partecipato agli incontri di terapia psicodrammatica sono state informate che le sessioni sarebbero state trascritte *verbatim* e che tale materiale avrebbe potuto essere utilizzato, in modo anonimo, per scopi di ricerca clinica.

### Descrittive del campione

Hanno preso parte allo studio 38 partecipanti di cui 30 femmine (78,9%) e 8 maschi (21,1%), di età compresa tra 44 e 83 anni, con un'età media di 61,37 anni (DS=10,19). I partecipanti hanno svolto una psicoterapia psicodrammatica per un periodo massimo di 74 mesi, con una permanenza media di 20,53 mesi (DS=20,46) e un numero di sessioni svolte compresa tra le 1 e le 162 sessioni, con una frequenza nelle sessioni media pari a 38,08 (DS=41,85). Del campione così costituito, 10 pazienti sono deceduti (26,3%) nel corso della terapia di gruppo (Tabella 1).

### Metodologia

La psicoterapia psicodrammatica è stata introdotta da Moreno nel 1920 per i pazienti psichiatrici (30). Tale forma di psicoterapia è caratterizzata da una conduzione direttiva e non a dinamica libera; il terapeuta lavora su due dimensioni, una di realtà ed una di semi-realtà. Nei momenti di realtà il soggetto de-

TABELLA 1 - CARATTERISTICHE CAMPIONE: ETÀ DEI PARTECIPANTI, MESI DI TERAPIA E NUMERO DI SESSIONI SVOLTE NEL PERIODO DI TERAPIA.

Variabile	N	Minimo	Massimo	Media	Deviazione Standard
Età	38	44	83	61,37	10,19
N° mesi di terapia	38	0	74	20,53	20,46
N° sessioni svolte	38	1	162	38,08	41,85

scrive comportamenti, pensieri e vissuti della propria esperienza mediante autodescrizione (31); durante la semi-realtà il soggetto con l'ausilio del gruppo e di tecniche di azione di matrice teatrale, quali ad esempio l'inversione di ruolo, mette in scena il proprio mondo interno. Nell'ambito clinico della psicoterapia con malati oncologici essa si focalizza sulla globalità della persona, considerando aspetti legati a soma, psiche e relazioni. Il gruppo di psicodramma diviene un luogo di incontro nel quale mettersi in gioco in un contesto relazionale protetto che permette ai malati di manifestare la loro essenza in tutti i suoi aspetti, affrontando anche temi non mentalizzati, come quelli della sofferenza (20).

Nel presente studio, sono stati utilizzati i trascritti di sessioni di psicoterapia psicodrammatica di gruppo con una frequenza settimanale e una durata di un'ora e trenta minuti. I trascritti delle sessioni sono stati selezionati tramite un'estrazione casuale su un totale di 368 sessioni, raccolte da febbraio 2011 fino a novembre 2017, di gruppi condotti da 4 psicoterapeuti a orientamento psicodrammatico; inoltre hanno assistito 5 tirocinanti con il ruolo di osservatori e trascrittori *verbatim* della sessione.

I trascritti sono stati sottoposti ad un'analisi qualitativa di tipo tematico (29) mediante tre fasi: nella prima fase sono state lette le trascrizioni da due codificatori indipendenti (S.P. e F.B.) che hanno isolato i frammenti di testo dove compariva l'argomento "morte"; il frammento veniva considerato concluso al cambio di argomento e ognuno di questi è, quindi, risultato di lunghezza variabile. In un secondo momento, sono stati discussi e stilati, per induzione, tutti i possibili temi e sotto-temi concernenti la morte all'interno delle sessioni. Successivamente, i due codificatori hanno analizzato in maniera indipendente ogni frammento individuando al suo interno uno o più sotto-temi (in caso di categorizzazione differente i due codificatori hanno discusso fino al raggiungimento di un accordo).

Durante l'analisi, tutti i passaggi sono stati discussi con un supervisore clinico di formazione psicodrammatica (I.F.)

L'estrazione delle sessioni da analizzare è stata effettuata in modo progressivo fino a che i temi analizzati risultassero esaustivi degli argomenti discussi nel gruppo e confermativi rispetto all'analisi effettuata. Seguendo tale metodo, sono state analizzate 73 sessioni trascritte *verbatim*.

Al termine della mappatura qualitativa, è stata

calcolata la frequenza con cui il tema della morte era portato dal direttore/gruppo, emergeva in condizione di realtà/semirealtà ed è stata quantificata la frequenza dei diversi temi e sotto-temi.

## Risultati

### *Statistiche descrittive*

Delle 73 sessioni analizzate, in 65 (89,04%) sono stati identificati 170 frammenti riguardanti il tema della morte. All'interno di questi 170 frammenti, 138 (81,18%) erano in dimensione di realtà e 32 (18,82%) in dimensione di semi-realtà. Nell'84,71% (N=144) dei frammenti il tema della morte è stato portato dai partecipanti in modo spontaneo durante il turno di parola, mentre nel restante 15,29% (N=26) era il direttore ad introdurre l'argomento.

Dai 170 frammenti sono stati individuati 326 estratti tematici organizzati nei seguenti quattro macro-temi: "Morte di altri significativi" (52,76%; percentuale calcolata rispetto al totale degli estratti tematici), "Immagine della propria morte" (21,47%), "Mortalità dell'essere umano" (14,11%) e "Ruolo della malattia nella rivalutazione della vita/morte" (11,66%).

### *Analisi qualitativa*

Ogni macro-area tematica include ulteriori sotto-temi la cui organizzazione è presentata in Tabella 2, accanto ad un estratto significativo.

Di seguito ogni tematica verrà approfondita mediante l'utilizzo di estratti a cui sono associate le seguenti informazioni: numero della sessione, numero del frammento, genere ed età del paziente.

Nei trascritti delle sessioni di psicodramma il simbolo "→" indica un dialogo diretto tra due persone all'interno del gruppo, o tra una persona ed un'entità personificata (ad es., è possibile che vengano utilizzati oggetti di scena per riferirsi a persone, emozioni e vissuti); i nomi vengono riportati con iniziali fittizie, mentre la lettera "D" indica esclusivamente il direttore.

## **La morte vissuta di altri significativi**

La morte entra nei discorsi dei pazienti principalmente nel racconto della perdita di altri significativi, affrontando diversi temi correlati al lutto di persone appartenenti alla propria rete di relazioni.

TABELLA 2 - RISULTATO DELL'ANALISI QUALITATIVA: TEMI, SOTTO-TEMI ED ESEMPI ESPLICATIVI.

Temi	Sotto-Temi	Esempi
Morte di altri significativi	Rito funebre	“È stato un terremoto. Un amico di mio figlio è morto sotto il treno. Sabato hanno fatto il funerale ma non sono andata: non mi piace assistere ai funerali. Non riesco a superare il dolore di vedere la bara e di pensare alla persona che un tempo era viva, chiusa lì dentro”
	Ripercussioni sul singolo	“Mia mamma è morta da 8 anni e invece di lei ho desiderato spesso che morisse. Quando è accaduto sono stata contenta: è sempre stata lucida... il mio desiderio di vederla morire mi procura ancora oggi sensi di colpa e di inadeguatezza, con mio papà invece è stato bel rapporto”
	Ripercussioni sulle relazioni nei vivi	“Io ho avuto pure un cattivissimo rapporto con mio padre, ma ho capito che aveva una personalità disturbata perché anche a lui nell'adolescenza erano capitate delle cose, i suoi genitori non sono stati all'altezza. Quando è morta mia madre ho capito che era inutile odiarlo, l'ho presa per una fortuna per mia madre morire. Lui è morto 14 anni dopo”
	Il gruppo come risorsa	“Non ho nessuno se non questo spazio”
	Riflessioni, aspettative e desideri sull'eventuale morte	“Con il mio papà...mi confonde... so che quando morirà starò malissimo, non so se può aiutarmi oppure no pensare a questo”
Immagine della propria morte	Aspetti emotivi	“Io non ho paura di morire, mi spiacerebbe non vivere più per i miei nipoti ma dove sono andati altri andrò anche io, vedere loro mi ha aiutata”
	Desideri/Aspettative mie della mia morte	“Io ho avuto tanto paura di abbandonare il mondo, la mia famiglia, non che mi sentissi pronta, nessuno si sente pronto, non accetto il dover lasciare la mia famiglia”
	Desideri/Aspettative degli altri sulla mia morte	“Mia figlia per amore, mi ha detto una volta mentre piangevo: ogni giorno che tu sei qua in più per me è un regalo”
	Il proprio rito funebre	“Spero che al mio funerale venga anche mio fratello, sa è da molto che non ci parliamo”
Mortalità dell'essere umano	Spiritualità	“Un mio amico che si trovava in una situazione di pre-coma, spacciato per morto, ma con le preghiere ed un'acqua della Madonna presa dal cognato, si è svegliato!”
	L'ineluttabilità	“Sono fatalista: o la va o non la va”
	Morte come metafora	“Tutti me lo dicono: è che sono morta. Non sono più io”
Ruolo della malattia nella rivalutazione della vita/morte	Malattia come evento di svolta	“Mi succede come se ti mancano pochi giorni e ne vuoi approfittare. Sono piena di gioia, mi è venuta fame e sto mangiando”
	Malattia come “nemico”: <i>Mors tua vita mea</i>	“B., la tua vita è stata turbolenta, faticosa e problematica, ma non ti ho dato tanto perché ti ha portato la malattia e tu anzi scherzavi. Lei ti ha tradito”

### Ripercussioni sul singolo

L'esperienza della morte di altre persone ha influito sui vissuti dei pazienti in diverso modo; durante le sessioni i pazienti hanno affrontato il tema dell'accettazione e della difficoltà di superare il lutto delle persone care: “L: quando sono arrivata qui ero disperata per la sua perdita [ndr: la pz si riferisce alla perdita del padre], ma da un anno sono entrata in uno stato d'animo di accettazione e rassegnazione. Non c'è più il dolore così assoluto, ma una maggiore serenità nel pensare a lui, anche se sento sempre la sua mancanza riesco a vivere più serenamente” (ses.48, fr.113, f 49 anni).

Inoltre i pazienti hanno riportato che le persone

che sono venute a mancare hanno lasciato un vuoto incolmabile o vengono percepite ancora come presenti: “G: [...] il vuoto è un po' incolmabile dopo che hai condiviso la vita con un compagno” (ses.17, fr.35, f 70 anni).

“G: il mio T. mi manca, ma ce l'ho lì, lo sento vicino. Piango di meno. I primi tempi qui piangevo sempre” (ses.22, fr.53, f 70 anni).

Dal racconto dei pazienti un altro modo attraverso il quale la perdita ha influito sul singolo è dato dai sentimenti legati al lutto: “B: [...] quando avevo 8 anni è venuto a mancare mio padre, morto ammazzato. Naturalmente ho avuto il dolore più grande, ma l'ho avuto a scoppio ritardato, come se pensassi che

*mio padre è uscito e che da un momento all'altro potesse tornare. È come se tu lo stai aspettando ancora. Questo mancare di mio padre mi ha lasciato senza guida [...] Mia madre non è stata capace di tenere su la baracca. Ci sono donne forti che riescono a sostituire il padre, lei invece ha combinato disastri. Con mia madre sono sempre molto arrabbiato, ancora adesso che è morta” (ses.70, fr.160, m 71 anni).*

Come ci si può aspettare, la perdita si ripercuote sul singolo non solo per la dimensione emotiva ma anche per quella pragmatica ed organizzativa, poiché i pazienti hanno dovuto sopperire al vuoto lasciato: *“I: l'altra grande preoccupazione è quella per la mia sorellina più piccolina, cresciuta da me e dall'altra sorella più grande quando è morta mia madre” (ses.47, fr.110, f 49 anni).*

### **Ripercussioni sulle relazioni nei vivi**

La morte è un evento che non coinvolge unicamente l'individualità di chi resta ma che ha un impatto anche sulle diverse relazioni in cui la persona defunta era coinvolta.

A volte, ad esempio, la morte di un familiare ha portato ad una ristrutturazione dei ruoli: *“E: poi è morto mio papà, e mio fratello maggiore è diventato il capofamiglia e ha trovato lavoro a XX” (ses.3, fr.3, f 64 anni);* o ancora, è la sofferenza delle persone vicine a condizionare gli altri: *“M: quel giorno era morta mia nonna e mia madre era legatissima a lei, ha iniziato a stare male quando è morta mia nonna” (ses.21, fr.51, f 63 anni).*

Inoltre, la perdita ha comportato la generazione di conflitti tra i vivi: *“M: mio padre però era contento quando c'eravamo noi, mia sorella ha detto che lei in casa non lo voleva, diceva che una persona che diventa come un bambino ti impegna; io ho chiesto a mio marito di portarlo a casa, mio marito ha detto subito di no e questa cosa mi è rimasta dentro [...] mi rimane il rancore con mio marito, lui negli ultimi tempi avrebbe avuto un gran bisogno di noi, si è fatto la sua vita, non ci dava fastidio ma negli ultimi anni aveva bisogno della sua famiglia” (ses.43, fr.75, f 63 anni).*

### **Rito funebre**

Dalle parole dei pazienti possiamo constatare che il rito funebre è per alcuni così doloroso da essere evitato, mentre per altri è un momento importante per salutare il defunto: *“T: mi ha colpito H. che diceva di non riuscire a partecipare ai funerali. Mi ha*

*colpito perché per me il funerale è un modo di salutare una persona. Certo è difficile pensare che in quelle 4 assi ci sia una persona, soprattutto se giovane, ma è importante per chi resta. È il luogo, l'occasione che consente di piangere. Ai funerali ci vado pensando a chi c'è, a chi rimane e ha bisogno di vedere che c'è gente, che ha bisogno di vedere che c'è qualcuno che partecipa al suo dolore. Quando ero più giovane anche io facevo fatica, poi invece no. Vado, magari anche senza guardare la bara: è un modo per salutare, un passaggio necessario. Un funerale che mi è rimasto nel cuore è quello di mio cugino. Andare al suo funerale è stato un modo per dirgli ciao e sono andata anche ad accarezzare la bara cosa che non faccio mai, quasi un modo per scusarmi di non aver fatto in tempo a salutarlo quando era in vita” (ses.49, fr.116, f 50 anni).*

*“L: stamattina sono stato ad un funerale. Il prete dice sempre che la morte è un nuovo inizio, vero N?*

*N: sì, se no è una fregatura! Poi ultimamente faccio il conto degli anni che rimangono e sono sempre di meno di quelli che ho già vissuto” (ses.8, fr.16, L: m 73, N: f 64).*

### **Il gruppo come risorsa**

Nel superamento del lutto il gruppo psicodrammatico ha un'importanza riconosciuta consapevolmente dai pazienti stessi: *“G: c'è una cosa positiva: negli ultimi tempi ci penso a lui [nдр: il marito] nei termini “non lo vedrò più, mi manca” però mi ritrovo a pensare che ho passato 30 anni proprio belli. Ricordo e apprezzo tante cose senza angoscia. Sarà anche per il percorso che sto facendo qua: mi porta a vedere le cose un pochino più chiaramente, con un filino di ottimismo, più realisticamente” (ses.23, fr.55, f 70 anni);* *“O: e poi ci sono state le fasi delle morti [nдр: dei compagni di gruppo]. Io sono molto grata a questo gruppo, oltre al sostegno e all'accoglienza, il parlare non solo della vita ma anche della morte” (ses.14, fr.30, f 61).*

### **Riflessioni, aspettative e desideri sull'eventuale morte**

Non sempre la morte di cui parlano i partecipanti del gruppo è una morte effettiva, a volte si tratta di una morte attesa, paventata o ipotizzata: *“N: io vorrei che i miei genitori durino un annetto in più” (ses.39, fr.92, f 47 anni);* *“T: lui ha sempre detto che preferirebbe morire... ma come fai a pensare che sarebbe meglio morisse? Anche se lui preferirebbe co-*

sì. Non è il papà che sono abituata ad avere ma comunque è sempre il mio papà... sono sballottata qua e là e confusa” (ses.46, fr.107, f 50 anni). L’eventualità della scomparsa è un pensiero che attiva emotivamente le persone: “L: io credo di essere tendenzialmente ottimista, però in questo caso non riesco a non pensare a cosa potrebbe succedere se venisse a mancare mia moglie” (ses.14, fr.32, m 73).

## Immagine della propria morte

Le parole dei partecipanti al gruppo spesso contengono riferimenti alla propria morte riguardanti gli aspetti emotivi che tale idea elicitava, le aspettative e le volontà proprie e delle persone a loro vicine, ed il proprio rito funebre.

### Aspetti emotivi

L’immagine della propria morte comporta attivazioni emotive importanti, soprattutto se si pensa alla specificità del paziente oncologico: “N: psicologicamente sto molto male, ero persa completamente, temevo di morire. Grazie a questo percorso sono riuscita a vedere le cose da un altro punto di vista.” (ses.63, fr.134, f 47); “B: [...] il medico mi ha detto – Ma lei aveva una neoplasia! Sarebbe morto se non l’avessero operato, il malato come lei ha due problemi o ha incontinenza totale o non riesce a urinare –, io non riesco a guarire la mia mente, io non mi accetto così. Questo è il punto e questo crea disagio enorme. E questo è anche pericoloso. Mi sono svegliato alle sei, iniziano i pensieri che non ce la fai, che può tornare il male, che puoi morire. È una roba da pazzi, che dovrei fare? Soffrire e basta. Sto qui per ovviare il problema, perché vivo male” (ses.63, fr.136, m 71).

### Desideri/Aspettative mie della mia morte

Il pensiero di abbandonare la vita terrena, in un futuro più o meno lontano, fa riflettere la persona in termini di desideri e aspettative sui diversi aspetti relativi alla propria dipartita, ad esempio in merito alle condizioni in cui si preferirebbe morire (lucidità mentale, problematiche fisiche).

Nell’esempio che segue il terapeuta (D) dà indicazione ai membri del gruppo di rivolgersi ad un cuscino che simboleggia la propria vecchiaia.

“D: tenete un lembo di questo cuscino che cosa vi sentite di dire a questa vecchiaia?”

G → vecchiaia: morire dieci anni prima, ma non ridurmi in un letto, allettata, senza parlare, muovermi, senza volontà.

Z → vecchiaia: di non farmi soffrire, anche per me quando arriva il mio momento accetto volentieri pur di non farmi soffrire.

M → vecchiaia: di avere pietà lasciarmi autonomia fino alla fine, non farmi soffrire, non voglio finire in una sedia o in un letto ma non credo nessuno dei miei zii e mio padre è finito così, mio padre era ridotto come un bambino” (ses.33, fr.74, G: f 70, Z: f 66, M: f 63).

Un argomento saliente per il paziente oncologico è la possibilità di autodeterminazione, intesa come eventualità di scelta tra la vita e la morte in una fase terminale della malattia, riportata sia come tematica suicidaria sia come eutanasia: “E:[...] se non mi vedete a dicembre è perché mi sono buttata giù dalla finestra” (ses.4, fr.56, f 64 anni); “G: io sono per l’eutanasia, se uno lo vuole perché stare qua? Mia figlia è contenta se sono qua anche in un letto morente, ma io non voglio stare qua in un letto di dolori” (ses.42, fr.101, f 70 anni).

Fantasticando sulla propria morte emerge la consapevolezza di dover abbandonare i propri cari, causando loro, ad esempio, un senso di vuoto e sofferenza: “G: mia figlia chissà cosa soffrirà quando non ci sarò più” (ses.39, fr.91, f 70 anni).

### Desideri/Aspettative degli altri sulla mia morte

Il paziente ha in mente che i suoi cari hanno desideri e speranze in merito alla sua possibile morte, e questi pensieri sono stati verbalizzati durante le sessioni di psicodramma: “B: anzi c’è stata un’altra cosa: i miei 50 anni! Mia sorella mi ha fatto un regalo assurdo (un diamante). Pensava che non arrivassi a questa età... aveva messo via quei soldi per i miei 50 anni” (ses.33, fr.69, f 54 anni); “M: mia figlia maggiore è lontana, mi telefona tutte le sere le mattine, cerco di farle sentire che sto bene, lei è angosciata – Se muori tu a noi ci prendono col cucchiaino – ma io le dico che la guarderò dal cielo” (ses.34, fr.79, f 63).

### Il proprio rito funebre

Tra i diversi aspetti associati alla possibilità della propria morte vi è anche quello del rito funebre; i pazienti hanno riportato fantasie anche in merito a questo: “T: il funerale è un rito catartico che fa bene a te stesso e ti aiuta a capire che c’è un flusso e ti aiuta

*ad avvicinarti al concetto di morte. Io sono diventata più sensibile in merito dopo la malattia. Mi rendo conto che quando penso al mio di funerale penso che vorrei ci fosse tanta gente” (ses.49, fr.117, f 50); “I: al mio funerale voglio che venga chi mi vuole bene” (ses.49, fr.117, f 49).*

## La mortalità dell’essere umano

Emerge anche la consapevolezza che “tutti noi viviamo nella condizione di essere a braccetto con la morte” (ses.43, 102, M: f 63): le parole di questo paziente mettono in evidenza il tema più generale della mortalità dell’essere umano.

### L’ineluttabilità

La caducità dell’essere umano viene accettata come un elemento imprescindibile su cui non si ha alcun potere: “Z: però io sono arrivato a 76 anni meglio di uno che ne ha 20, mi dispiace, ma prima o poi capita, chi prima chi dopo, la morte c’è, si spera sempre dopo” (ses.22, fr.47, m 77 anni).

### Spiritualità

Alcuni pazienti si affidano alla spiritualità e alla religione per far fronte all’angoscia derivante dal pensiero della morte. “S: la morte non mi fa paura. Questo incontro con Dio mi aiuta moltissimo” (ses.26, fr.28, f 66 anni).

“Ma: mi sono trovato a pensare non al problema in sé ma di affidarlo a qualcuno che possa fare qualcosa, per me è la Madonna; ogni volta che mi saliva l’angoscia la allontanavo nel pensiero non con l’ipotesi di morire ma con la certezza di combattere la malattia e di tenere lontana la depressione” (ses.42, fr.98, m 70 anni).

### Morte come metafora

Dai trascritti analizzati, emerge l’utilizzo di metafore concernenti la morte per esprimere argomenti, in realtà, molto distanti da essa.

Ad esempio nel frammento che segue la paziente si riferisce alla fatica di stare con una persona.

“T: ok, visto che I. non c’è, ne approfitto. Non sono venuta due volte fa perché non avevo voglia di vederla. Escò da qua che sono turbata: dice una cosa e poi dice il contrario. Mi affatica. Penso che potrei morire a uscire con lei” (ses.58, fr.127, f 50 anni).

La morte diviene anche un simbolo dell’attività

del gruppo psicodrammatico tramite cui si libera di un peso emotivamente rilevante.

“N → I: volevo dirti, tu sei arrivata qui per accettare la malattia... Un consiglio che ti do è di venire qui con più frequenza... lo dico per esperienza personale... all’inizio facevo la radio e non venivo sempre... venire qui... ti liberi dei cadaveri che abbiamo dentro di noi, che sono nascosti.

I → N: i miei cadaveri li conosco...

N → I: col passare del tempo, quando parli... all’inizio piangevo sempre... ti sfoghi... vieni con più frequenza... Adesso sono spontanea nel dire le cose...

G: anch’io ho i cadaveri nell’armadio... sono qui da tanto ma non basta mai... comincio adesso a capire mio padre, non dico perdonarlo... incomincio adesso a perdonare il papà di mia figlia... riesco a dire una preghiera per il papà di mia figlia” (ses.39, fr.93, N: f 47 anni, I: f 57 anni, G: f 70 anni).

In alcuni casi il tema della morte viene esplorato dai pazienti mediante opere letterarie: “M: pensavo alla novella di Pirandello ‘L’uomo dal fiore in bocca’, la stessa sensazione era un uomo che sapeva, gli rimaneva poco da vivere e non riusciva a stare in casa, andava a guardare gli altri e sua moglie si disperava, avrebbe voluto che stesse in casa e gli andava appresso e lui la insultava poi incontra un uomo in una stazione e gli dice che ha un fiore in bocca messo dalla morte e spiega – Mia moglie pretende che stia in casa, ma come faccio? – Mai come in quel periodo mi sentivo come lui e non è passata del tutto, stento a prendere sonno, mi sveglio all’improvviso e mi viene l’angoscia.

Ma: io la conoscevo la novella, avevo interpretato che il fiore in bocca fosse un’esasperazione della felicità, uscire e vedere gli altri, il fiore era l’appuntamento... non ci avevo pensato, è la prima volta che la sento rinominare, però pensavo che fosse un desiderio di vita che giustificasse il pretesto di litigare con la moglie che lo voleva in casa a farle compagnia, e lei non sapeva cosa avesse, forse era gelosa... l’avevo interpretata come scelta di combattere e non accettare supinamente la sentenza di morte.

M: lui era irrequieto.

Ma: però lo portava a vivere, se no sarebbe stata una premorte, aspettare la morte e poi è la depressione, si accetta supinamente quello che si pensa debba avvenire per forza” (ses.42, fr.99; M: f 63, Ma: m 70 anni).

Infine, il pensiero della finitezza della vita umana irrompe nel discorso in maniera non volontaria: “M:

poi è stato molto brutto quando ho saputo di avere un tumore, è stato il 14 giugno e mi hanno comunicato il risultato dell'autopsia... non andiamo troppo avanti... della biopsia” (ses.19, fr.45, f 63 anni).

## Il ruolo della malattia nella rivalutazione della vita/morte

Un argomento diffusamente trattato durante gli incontri è la patologia oncologica; spesso i pazienti si confrontano su questioni pratiche e sulle difficoltà o raccontano il percorso di malattia. Tuttavia la malattia attiva anche riflessioni relative al confine tra la vita e la morte. La diagnosi ha, infatti, significato per molti un elemento di cambiamento talmente pervasivo da portare alla rivalutazione della propria stessa vita a volte in modo positivo, altre in maniera negativa: “N: per me questa data significa un cambiamento radicale nella mia vita e per le persone che mi sono state vicine; ma questo dolore è grande, questo ha trasformato completamente la mia vita; mi hanno tagliato le gambe e allo stesso tempo mi sono resa conto che è vero che ha cambiato ma anche in meglio, perché mi sento più forte; mi son caduti i capelli, ho sopportato il male fisico e psicologico ma sono in piedi, dopo un anno è passato il periodo più brutto della mia vita ma sono in piedi, mi sento forte” (ses.34, fr.76, f 47).

### Malattia come evento di svolta

L'insorgenza della patologia è sicuramente un momento di svolta che porta i pazienti ad avvicinarsi alla vita in maniera diversa, sia in un'ottica di assenza di progettualità sia in uno slancio di rinnovata vitalità.

“M: [...] ho paura di guardare nel futuro, ho rimosso per farti [ndr: parla al terapeuta] contento ma queste sono speranza e sogni, ma ho proprio paura a guardare nel futuro; preferisco vivere la giornata, mese per mese, ho i controlli a fine giugno, andrà bene ma io non sono più come prima; è logico che sia così.

D: è molto importante M. che esprima questo.

M: prima facevo progetti a lungo termine, oggi quando si è rotto il bicchiere, ho pensato – E va beh tanto chi lo vuole il servizio! E poi capirai... un bicchiere! –

G: vivo anche io giorno per giorno, faccio i controlli, se c'è qualcosa che non va vediamo se ci può

essere rimedio, però non ho paura; questa è una speranza che io ho per il futuro” (ses.18, fr.43, M: f 63 anni, G: m 70 anni).

“T: perché a partire dal momento in cui mi sono ammalata ho preso seriamente in considerazione il fatto che non ero eterna. Alla fine la malattia mi ha fatto stare meglio, mi ha fatto rimettere ordine nel mio caos, nel mio vivere burrascoso, nel passare dall'euforia alla depressione, mi sono un po' limitata nell'esprimere le mie emozioni. Da quando mi sono ammalata c'è un fluire più armonico di alcune cose: la malattia e la morte vanno affrontate. Mi sono messa a pensare che vivere è già morire. Prima sono sempre stata sul non è possibile. Non avevo mai vissuto l'accettazione che avevamo un termine. La malattia mi ha fatto stare meglio e mi ha fatto pensare con meno paura, prima avevo sicuramente più paura della morte. La malattia mi ha fatto stare meglio e mi ha migliorato” (ses.48, fr.113, f 50 anni).

“N: c'è sempre una ragione... anche il tumore al seno... mi ha fatto capire quanto è bello vivere! Oggi pioveva e mi sono divertita con la pioggia... Sarò strana, pazza!” (ses.38, fr.87, f 47).

La possibilità che la patologia possa avere un esito nefasto comporta due reazioni differenti: da un lato può causare passività, dall'altro un comportamento euforico.

“B: a me è venuta in mente una vignetta che mi ha inviato mio figlio B. e diceva: vivi il tuo giorno come fosse l'ultimo. Questa frase era scritta sotto a una vignetta in cui c'era un uomo sdraiato con delle flebo. Quando sento B. rivedo quella vignetta che a me è sembrata terribile come se B. vivesse l'ultimo giorno come se fosse l'ultimo davvero. Quello che percepisco è che la fine fisica e morale è sempre lì in agguato. Lui sta vivendo l'ultimo giorno come fosse l'ultimo, come del resto mio figlio. Mi fa male sentire questa cosa da te. N. esagera con l'ultimo giorno di felicità e tu esageri con il contrario. Non è possibile. Questa cosa mi rattrista come se fosse una fine non gestita” (ses.70, fr.159, B: f 54 anni).

Malattia come “nemico”: “Mors tua vita mea”

La malattia è da alcuni percepita come un nemico contro cui lottare e su cui si spera di prevalere: “E: quando ho pensieri negativi mi siedo. E dico che la malattia non deve vincere. Ho dato un nome alla mia malattia, l'ho chiamata Penelope. Con lei parlo. Le ho detto – Io ti devo accettare ma tu accetta i limiti che ti metto –. Quando sono a terra vedo che la mia



*famiglia va a terra più di me e io tiro fuori l'orgoglio, la disperazione, non so, io faccio così” (ses.64, fr.139, f 70 anni).*

Altre volte, la malattia è un ostacolo troppo grande contro cui nulla è più efficace e l'unica possibilità è deporre le armi:

*“B: [...] a me non interessa più nulla, non voglio più vivere e lottare. Per me è una bestia questa malattia, non riesco neanche a nominarla.*

*D → B: perché senti che non vuoi più vivere?*

*B: Non riesco a fidarmi di questa malattia, so che vince lei.*

*D → B: perché tu l'hai sperimentato con tuo marito” (ses.4, fr.6, f 64 anni).*

*“S: io devo fare in fretta, ho 10 anni per risolvere tutti questi problemi se no non ti rimane uno spazio di vita sereno... non puoi progettare niente, non sai se puoi vivere, ti arrabbi anche, oltre che avere ansia, non è giusto, ho sempre fatto del bene, ti senti una persecuzione, capitano tutte a te, il tumore e la bipolarità e il secondo tumore sembra che ci sia una forza che ti vuole distruggere allora io mi metto a letto e va beh ce l'hai fatta” (ses.41, fr.97, f 57 anni).*

## Discussione

Il tema della morte è cruciale per il paziente oncologico (32). A nostra conoscenza, pochi sono i lavori che hanno preso in considerazione come la morte venga affrontata durante sessioni di psicoterapia di gruppo. Nel presente lavoro, l'obiettivo è stato quello di esplorare come questo avvenga durante le sessioni di psicoterapia psicodrammatica. Tale cornice metodologica, come precedentemente affermato, si presta bene a mettere in luce gli elementi del vissuto del paziente, anche quando i processi di mentalizzazione sono subordinati alla dimensione esperienziale del fare (20-23).

Dai risultati è emerso che il tema della morte viene affrontato nella maggioranza delle sessioni (89,04%) e nella maggior parte dei casi sono i partecipanti stessi ad introdurlo in maniera spontanea (84,71%). Questo potrebbe essere dovuto sia ad un'esigenza di parlare di morte da parte del paziente, sia da una legittimazione data dal metodo psicodrammatico.

In merito alla prima chiave di lettura, il bisogno da parte dei pazienti di affrontare argomenti inerenti alla morte è in linea con quanto rilevato precedentemente

da Kübler-Ross (33). Va evidenziato che, diversamente da tale studio, nel presente lavoro, i pazienti non avevano necessariamente una prognosi infausta, e questo fa emergere ancora di più che il tema della morte è saliente indipendentemente dalla prossimità al fine vita. La possibilità di affrontare queste discussioni ha un effetto positivo sui pazienti poiché favorisce il processo di elaborazione del lutto (34, 35).

Per quanto riguarda la seconda ipotesi, alcuni studi hanno riscontrato una difficoltà a parlare di morte durante sessioni di gruppo di supporto per malati oncologici (26-28); potrebbe quindi essere la metodologia psicodrammatica a favorire l'espressione di vissuti legati alla morte; il paziente si potrebbe sentire, cioè, autorizzato dal contesto e dal direttore a parlare di tematiche di difficile esplorazione. Per verificare tale ipotesi sarebbero necessari ulteriori studi che permettano di confrontare come avvenga l'espressione del tema della morte in gruppi di matrice psicodrammatica e non psicodrammatica.

L'analisi qualitativa effettuata sulle sessioni di psicodramma ha permesso di individuare quattro aree tematiche: Morte di altri significativi, Immagine della propria morte, Mortalità dell'essere umano, Ruolo della malattia nella rivalutazione della vita/morte. È interessante notare che i primi tre temi possono essere interpretati come declinazioni della morte nel suo significato più letterale. Partendo da una centratura vicina al soggetto fino a una visione globale della mortalità, questi tre temi si distribuiscono spazialmente a livelli diversi di distanziamento del sé. La tematica della morte si pone, in questo caso, come il fulcro centrale del discorso della persona che riporta le sue esperienze e i suoi vissuti durante la sessione. I dati evidenziano che l'area maggiormente riportata è quella della morte dell'altro (52,76%), a questa segue la propria morte (21,47%) e in ultimo la mortalità dell'essere umano (14,11%). Si potrebbe ipotizzare che per i malati oncologici sia più semplice parlare di perdite di persone care rispetto che affrontare la propria morte. Un'ulteriore ipotesi, tuttavia, potrebbe essere che i pazienti parlando della morte di altre persone si stiano riferendo in maniera inconsapevole anche alla propria morte rendendola così dicibile e più accettabile.

La propria morte potrebbe essere sentita come troppo vicina e quindi causare un'eccessiva paura che porta ad allontanarsi da questo argomento, mentre, la morte come condizione intrinseca dell'essere

umano potrebbe essere vissuta come troppo lontana ed astratta portando il soggetto ad affrontarlo con meno frequenza. La perdita dell'altro potrebbe essere ad un livello intermedio che permette al paziente di verbalizzare emozioni, vissuti e pensieri inerenti a questa tematica, tenendosi alla giusta distanza dall'angoscia di morte.

Per quanto riguarda l'ultima categoria, Ruolo della malattia nella rivalutazione della vita/morte, l'esplorazione della morte non si limita ad essere riportata come evento di vita, che può riguardare se stessi o gli altri, ma diventa lo strumento tramite cui si agisce un cambiamento terapeutico: come a dire che, apparentemente, il tema della morte non costituisce il fine della sessione terapeutica, ma è il mezzo tramite cui accedere ad uno spazio di cambiamento. Il cancro mette la persona di fronte alla possibilità di morire e questo può portare ad una ristrutturazione del pensiero che conseguentemente spinge a lottare per modificare la propria vita. La morte può essere considerata un mezzo dell'azione psicoterapeutica che permette al paziente di stare in vita, di “liberarsi

dai cadaveri”. La presenza di metafore o di lapsus (autopsia-biopsia) nei trascritti testimonia la duplice lettura della morte all'interno delle sedute sia come tema affrontato di per sé, sia come tema che consente di accedere alla vita in un modo nuovo.

Il presente lavoro, trattandosi di uno studio di tipo qualitativo, presenta alcuni limiti intrinseci legati alla metodologia. Tra questi va evidenziata la sua natura esplorativa e suggestiva; tuttavia, questa metodologia è tra le più utilizzate nell'esplorazione degli accadimenti in ambito psicoterapeutico.

Dall'analisi qualitativa svolta sono emersi ulteriori elementi di riflessione che non erano stati presi in considerazione; è stato infatti osservato un possibile elemento di differenziazione tra le dimensioni di realtà e semi-realtà. In particolare, i frammenti in semi-realtà (n.d.r.: si riporta un estratto significativo in Tabella 3) fanno supporre che, durante questa condizione, possano essere presenti degli elementi di trasformazione che inneschino cambiamenti significativi. Sarebbero necessari ulteriori studi per approfondire tali ipotesi.

TABELLA 3 - ESTRATTO DI UN ESEMPIO IN SEMI-REALTÀ.

---

ATTIVITÀ IN SEMI-REALTÀ:  
L'INCONTRO CON IL PAPÀ BUONO

---

Nella sessione sono presenti in 8: O, M, L, N, B, F, S, Ba

Protagonista dell'attività in semi-realtà è S aiutata da B: ses.9, fr.3, f 66, f 54.

---

*Tutti si mettono da un lato e D. e S. rimangono in piedi a braccetto.*

D → S “Prima ci dicevi che il tema della volta scorsa ti ha subito fatto associare la morte di tuo papà, che sappiamo che è stata una morte arrivata con il suicidio che tuo papà ha deciso di mettere in atto. Tu dicevi che dopo la sessione ti sei sentita depressa. Secondo te se dovessi dire il motivo per cui ti sei sentita depressa, quale troveresti?”

S → D “In colpa per il fatto di non aver capito questa sua situazione. Gli avevo anche detto di pensare ad una casa di riposo dove potessero accudirlo, ma mia madre e mio fratello non hanno voluto, dicendo che in casa c'era affetto. Ed io mi sento in colpa, anche perché il giorno prima abbiamo festeggiato il mio compleanno ed io non mi sono accorta di nulla. Un mese prima lui aveva richiesto una bella cintura robusta. Infatti anche l'oncologo quando mi ha visitato, non sapendo nulla, ha calcolato che il mio tumore potesse avere quell'età lì, 4 anni.”

D → S “Ti faccio una proposta, dato che porti la colpa per non aver capito...ma no, non ti anticipo nulla, così vivo con te passo a passo. I tuoi compagni sono degli attori bravissimi, non ti preoccupare di attribuirgli dei ruoli particolari. Vorrei chiederti chi è che potrebbe fare il papà che è ora dentro di te. Noi oggi vogliamo incarnare il papà che è dentro di te. Chi è che può farlo?”

S. sceglie B. per incarnare il papà che è dentro di lei.

D → S “Ora su questa sedia, che metto qui al centro, ti faccio scegliere tra i colori che abbiamo a disposizione, un colore che ti viene da associare al tuo papà così di intuito.”

S. sceglie un telo viola e D. riveste con il telo la sedia.

D → S “Allora S., prima di sederti ti invito a chiudere gli occhi (D. la tiene per mano), a fare un bel respiro profondo e vorrei che ti facessi venire alla mente una fotografia in cui tu vedi il tuo papà che sta bene, che è gioioso. Quando ce l'hai, ti siederai e io parlerò a te come se tu fossi il tuo papà.”

D → T (S) “Posso chiederle come si chiama papà di S?”

T (S) → D “Mi chiamo T.”

D → T (S) “Io so che lei è da qualche tempo che non è più sulla terra, quanto tempo è passato?”

---

Continua →

TABELLA 3 *continua*


---

T (S) → D “4 anni.”

D → T (S) “Da dove arriva lei? Dal cielo, da un cimitero?”

T (S) → D “Non arrivo dal paradiso di sicuro, ma dal purgatorio.”

D → T (S) “Posso chiederle perché ritiene di essere in purgatorio?”

T (S) → D “Perché sono consapevole di quello che ho fatto.”

D → T (S) “Riesce a farmi capire come ha maturato questa convinzione?”

T (S) → D “Perché mi sentivo una persona inutile. A 60 anni ho iniziato ad avere problemi alle gambe, zoppicavo, ma ho lavorato fino a 80 anni, facevo il fabbro, quando non ce l’ho fatta più, ho mollato, ho venduto la bottega che era tutta la mia vita. Ho lasciato mia moglie sempre da sola, a casa soffocavo.”

D → T (S) “Perché la casa era un luogo di soffocamento?”

T (S) → D “Bella domanda, non l’abbiamo mai capito. Perché in casa non c’è mai stato un vero e proprio dialogo, non ho mai chiesto a mia figlia se potevo aiutarla ho detto a mio figlio che ha avuto un matrimonio sbagliato. Ho pensato sempre un po’ per me, prima veniva il lavoro e poi il resto. Io volevo essere molto gratificato dalla mia famiglia per essere un gran lavoratore ed invece i miei figli mi criticavano di continuo perché non ero presente. A casa mi sentivo soffocare forse perché anch’io ho avuto un’infanzia infelice. Sono nato nel XX ed ero figlio di XX e mi hanno deriso, calpestato. Io la famiglia non l’ho vissuta da piccolo e forse non sapevo neanche cosa significasse.”

D → T (S) “È importante quanto sta dicendo sig. T., perché non avendo avuto un papà, non ha avuto un modello.”

T (S) → D “Mia madre si è risposata, ma verso quest’uomo non avevo molta simpatia. Mi hanno aiutato a fare un lavoro, ma poi a 21 anni ho perso mia madre e si può dire che sono stato quasi costretto a sposare mia moglie che voleva andare via di casa. Ci siamo fatti comodo e poi mia moglie non voleva neanche avere figli.”

D → T (S) “Io oggi vorrei farle sperimentare, magari per la prima volta, l’esperienza di essere veramente un padre. Lei deve sapere che le persone che sono rimaste e sua figlia S., che io conosco, portano dentro una ferita pesante. Io vorrei darle la possibilità di incontrare sua figlia e dire e fare con S. quello che sente che un buon papà può fare per lenire la ferita che è dentro di lei. T. un buon papà, secondo lei, come può stare in relazione, come le va di stare in contatto ora con sua figlia?”

T (S) → D “Un buon papà vorrebbe stare seduto di fronte a sua figlia.”

*B., in inversione di ruolo con S., si siede davanti a S. che è in inversione di ruolo nei panni di T. T (S) prende la mano a S (B).*

D → T (S) “Io credo che non abbia avuto molto modi di sperimentare un contatto, se per caso si sente di azzardare un po’ di più”

T (S) → D “Per il momento va bene così.”

D → T (S) “Vorrei sig. T. che trovasse quelle parole, con quel calore giusto, da dire a S. (*S. nei panni del papà, si commuove*). Guardi che i papà buoni possono anche piangere!”

T (S) → S (B) “So di non essere stato un buon padre per te e io di figli non è che ne volessi. So di non essere stato un buon padre. Non ti ho mai baciata, preso fra le braccia, chiesto come fosse andata la giornata o come andasse con tuo marito. So che fra me e te c’è sempre stata freddezza. Io so che tu hai avuto paura di me, lo vedo nei tuoi occhi, ho sempre capito che tu mi temi ed io avrei voluto che tu mi baciassi, mi buttassi le braccia al collo, tu non sei stata così. Probabilmente non ci siamo capiti, non c’è stato dialogo.”

D (*doppiando il papà buono T (S)*) → “Questo per quanto riguarda il nostro passato, ora vorrei sfruttare questo momento prezioso per spiegarti cosa è successo che mi ha portato a fare quel gesto.”

T (S) → S (B) “S. anche se io non ho mai manifestato, sappi che ti ho sempre amato, ti ho voluto tanto bene, scusami se non ho saputo fare il padre, ma sappi che ti ho voluto tanto tanto bene.”

D → T (S) “Trovi un modo per congedarsi da S.”

T (S) → S (B) “So che hai nascosto la mia foto, ma vorrei che non ce l’avessi con me, io non volevo farti del male, vorrei che tu con il cuore mi perdonassi.”

*S. lascia il ruolo del papà buono e torna nei propri panni.*

D → S “Devi sapere che è successa una cosa particolare, abbiamo incontrato il tuo papà che ci ha raccontato le sue difficoltà. Ora il tuo papà T. questa sera ha provato ad essere un buon papà ed ora vorrei farti provare cosa vuol dire essere e fare un buon papà.”

D → T (B) “Ora vorrei che provassi a ripetere anche amplificando.”

*T (B) dà il messaggio del padre di S. alla donna, e si rivolge a lei con grande partecipazione.*

S → T (B) “Ma tu l’avevi preventivato, quella cintura l’hai chiesta.”

T (B) → S “Tu non hai nessuna colpa di questo, sei stata la figlia migliore che potessi avere. Io so che hai nascosto la mia foto, io come papà buono mi sento di chiederti che avrei bisogno del tuo perdono.”

D → S “Tuo papà ha fatto un grande sforzo. Prima ha detto che avrebbe avuto tanto desiderio di un abbraccio.”

S → D “Sì, ma io non l’ho imparato.”

D → S “Papà ha fatto un grande gesto di avvicinamento verso di te, ore chiedo a te di farne uno verso di lui.”

S → T (B) “Papà sappi che io ti ho voluto tanto bene e che quando non tornavi a casa io stavo in pensiero. Dentro di me però, perché non riuscivo a dirti nulla. C’è stata una mancanza di dialogo non solo fra me e te, ma soprattutto nella nostra famiglia. La mamma infatti dopo 4 anni non parla mai di te. Io vorrei sapere tante cose di quando eravate sposini, invece la mamma è arrabbiata a morte. Io in certi momenti ti perdono, però l’hai fatta troppo grossa e non riesco a perdonarti. A volte tiro fuori la foto, la bacio, ti porto i fiori al cimitero, altre volte no. Ora spero che avendo chiarito alcune cose, il mio cuore si apra verso di te e ti perdoni definitivamente.”

---

*Continua →*

TABELLA 3 *continua*

D → S “Ora S. è arrivato il momento di congedarti dal tuo papà e chiedo a te di essere la buona figlia che congeda il suo papà.”  
S. e T (B) si abbracciano.  
S → T (B) “Ti ho voluto tanto bene, ti ho amato tanto tanto e spero che tu vada in paradiso e mi dispiace che non ce lo siamo detti prima. Spero di perdonarti una volta per sempre. Ciao papà.”  
D. congeda B. che non è più nei panni di T.  
D → S “Com’è S. aver fatto questa esperienza?”  
S → D “Bello.”

### Legenda

- Il simbolo “→” indica un dialogo diretto tra le due parti
- I nomi sono riportati con l’iniziale criptata, ma la lettera “D” si riferisce esclusivamente al direttore
- Quando si trova la seguente simbologia: “iniziale (iniziale)”, ad es. “A (B)”, significa che il personaggio A è interpretato da B

### Bibliografia

1. Akechi T. Psychotherapy for depression among patients with advanced cancer. *Japanese Journal of Clinical Oncology*. 2012;42(12):1113-1119.
2. Brenner H. Long-term survival rates of cancer patients achieved by the end of the 20th century: a period analysis. *The Lancet*. 2002;360(9340):1131-1135.
3. Richards MA, Stockton D, Babb P, Coleman MP. How many deaths have been avoided through improvements in cancer survival? *British Medical Journal*. 2000;320(7239):895-898.
4. van der Spek N, Vos J, van Uden-Kraan CF, Breitbart W, Cuijpers P, Knipscheer-Kuipers K, Willem-sen V, Tollenaar RAEM, van Asperen CJ, Verdonckde Leeuw IM. Effectiveness and cost-effectiveness of meaning-centered group psychotherapy in cancer survivors: protocol of a random-ized controlled trial. *BMC psychiatry*. 2014;14(1):22.
5. Miller KD, Siegel RL, Lin CC, Mariotto AB, Kramer JL, Rowland JH, Stein KD, Alteri R, Jemal A. Cancer treatment and survivorship statistics. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2016;66(4):271-289.
6. Grossert A, Meinschmidt G, Schaefer R. A case series report of cancer patients undergoing group body psychotherapy. *F1000Research*. 2017;6:1646.
7. Grassi L, Biancosino B, Marmai L, Rossi E, Sabato S. Psychological factors affecting oncology conditions. *Psychological Factors Affecting Medical Conditions*. 2007;28:57-71.
8. Hoffman KE, McCarthy EP, Recklitis CJ, Ng AK. Psychological distress in long-term survivors of adult-onset cancer: results from a national survey. *Archives of internal medicine*. 2009;169(14):1274-1281.
9. Santin O, Murray L, Prue G, Gavin A, Gormley G, Donnelly M. Self-reported psychosocial needs and health-related quality of life of colorectal cancer survivors. *European Journal of Oncology Nursing*. 2015;19(4):336-342.
10. Thewes B, Butow P, Girgis A, Pendlebury S. The psychosocial needs of breast cancer survivors; a qualitative study of the shared and unique needs of younger versus older survivors. *Psycho-Oncology*. 2004;13(3):177-189.
11. Blake-Mortimer J, Gore-Felton C, Kimerling R, Turner-Cobb JM, Spiegel D. Improving the quality and quantity of life among patients with cancer: a review of the effectiveness of group psychotherapy. *European Journal of Cancer*. 1999;35(11):1581-1586.
12. Breitbart W. Spirituality and meaning in supportive care: spirituality-and meaning-centered group psychotherapy interventions in advanced cancer. *Supportive care in cancer*. 2002;10(4):272-280.
13. Classen C, Butler LD, Koopman C, Miller E, DiMiceli S, Giese-Davis J, Fobair P, Carlson RW, Kraemer HC, Spiegel D. Supportive-expressive group therapy and distress in patients with metastatic breast cancer: a randomized clinical intervention trial. *Archives of general psychiatry*. 2001;58(5):494-501.
14. Zabalegui A, Sanchez S, Sanchez PD, Juando C. Nursing and cancer support groups. *Journal of Advanced Nursing*. 2005;51(4):369-381.
15. Courneya KS, Friedenreich CM, Sela RA, Quinney HA, Rhodes R, Handman M. The group psychotherapy and home-based physical exercise (group-hope) trial in cancer survivors: Physical fitness and quality of life outcomes. *Psycho-Oncology*. 2003;12(4):357-374.
16. Bloch S, Crouch E, Reibstein J. Therapeutic factors in group psychotherapy: A review. *Archives of general psychiatry*. 1981;38(5):519-526.
17. Kersting A, Reutemann M, Staats H, Ohrmann P, Suslow T, Arolt V. Therapeutic factors of outpatient group psychotherapy-the predictive validity of the Group Experience Questionnaire (GEQ). *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*. 2002;52(7):294-301.
18. Breitbart W, Rosenfeld B, Gibson C, Pessin H, Poppito S, Nelson C, Tomarken A, Timm AK, Berg A, Jacobson C, Sorger B, Abbey J, Sorger B. Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: a pilot randomized controlled trial. *Psycho-Oncology*. 2010;19(1):21-28.
19. Beatty L, Koczwara B. An effectiveness study of a CBT group program for women with breast cancer. *Clinical Psychologist*. 2010;14(2):45-53.
20. Fossati I. Lo psicodramma in ospedale. Un’esperienza pilota con pazienti oncologici. *Psicodramma Classico*. 2007;1-2: 21-38.
21. Moreno JL. *Psychodrama, first volume*. Beacon House, New York, 1946, IV ed 1977.
22. Moreno JL. *Psychodrama, first volume (3rd edn)*. Beacon House, New York, 1964.
23. Moreno JL, Moreno ZT. *Psychodrama: Third Volume, Action Therapy and Principles of Practice*. Beacon House, New York, 1969.

24. Vegni E, Tomasoni N, Fossati I, Felisati G, Foa P, Moja AA. Interventi di supporto per pazienti oncologici: un'esperienza di psicodramma classico. *Psicologia della Salute*. 2010;1:22-34.
25. Menichetti J, Giusti L, Fossati I, Vegni E. Adjustment to cancer: exploring patients' experiences of participating in a psychodramatic group intervention. *European journal of cancer care*. 2016;25(5):903-915.
26. Cella DF, Yellen SB. Cancer support groups: the state of the art. *Cancer Practice*. 1993;1(1):56-61.
27. Gray R, Fitch M, Davis C, Phillips C. A qualitative study of breast cancer self-help groups. *Psycho-Oncology*. 1997;6(4):279-289.
28. Yaskowich KM, Stam HJ. Cancer narratives and the cancer support group. *Journal of Health Psychology*. 2003;8(6):720-737.
29. Pope C, Ziebland S, Mays N. Qualitative research in health care: analysing qualitative data. *British Medical Journal*. 2000;320(7227):114-116.
30. Somov PG. A psychodrama group for substance use relapse prevention training. *The Arts in Psychotherapy*. 2008;35(2):151-161.
31. Boria G. La teoria dei ruoli come riferimento diagnostico e terapeutico. *Psicodramma Classico*. 2009;1-2:18-38.
32. Bellani M, Morasso G, Orrù W, Amadori D, Grassi L, Casali P, Bruzzi P. a cura di. *Psiconcologia*. Masson Editore, Milano, 2002.
33. Kubler-Ross E. *On death and dying*. The Macmillan Company, New York, 1969.
34. Shear MK. Grief and mourning gone awry: pathway and course of complicated grief. *Dialogues in Clinical Neurosciences*. 2012;14(2):119-128.
35. Stroebe M, Schut H. The dual process model of coping with bereavement: A decade on. *OMEGA - Journal of Death and Dying*. 2010;61(4):273-289.